

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

455

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

GEORGES MANDONNET

Né à Vernet-la-Varenne (Puy-de-Dôme), le 22 Juillet 1898

Travail de la Consultation de M. le Docteur LE NOIR, à l'Hôpital St-Antoine

Les Contractions péristaltiques visibles

DE L'ESTOMAC

SANS STÉNOSE DU PYLORE

dans l'Aérophagie

Président : M. P. CARNOT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1925

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

GEORGES MANDONNET

Né à Vernet-la-Varenne (Puy-de-Dôme), le 22 Juillet 1898

Travail de la Consultation de M. le Docteur LE NOIR, à l'Hôpital St-Antoine

Les Contractions péristaltiques visibles

DE L'ESTOMAC

SANS STÉNOSE DU PYLORE

dans l'Aérophagie

Président : M. P. CARNOT, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale.	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J -L FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale	LABBÉ (Henri) . . .	Chimie biologique.
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale	LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LE LORIER	Obstétrique.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale	LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.	LEMIERRE	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.	LÉVY-SOLAL	Obstétrique
BLANCHETIERE	Chimie biologique.	LHERMITTE	Pathologie mentale.
BRANCA	Histologie.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
BUSQUET	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale	MOCQUOT	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY	Histologie.	MONDOR	Pathologie chirurgi- cale
CHIRAY	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC	Pathologie médicale.	MULON	Histologie.
DEBRÉ	Hygiène	PHILIBERT	Bactériologie.
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	ROUVIÈRE	Anatomie.
FIESSINGER	Pathologie médicale.	STROHL	Physique médicale.
FOIX	Pathologie médicale.	TANON	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.	TIFFENEAU	Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER	Pathologie médicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Urologie.	VERNE	Histologie.
HOVELACQUE	Anatomie.	VILLARET	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.	WELTER	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
CAMUS	Physiologie.	RETTERRER	Histologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.	ROUSSY	Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE. . .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clinique ophtalmolo- gique.
LœPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adul- tes.
FREY.		Stomatologie.
N...		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON ONCLE

LE DOCTEUR LOUIS MANDONNET

*Qui guida mes premiers pas dans
la voie médicale et dont les
qualités de modestie, de travail
et de conscience profession-
nelle me serviront toujours
d'exemple.*

A MON COUSIN

LE DOCTEUR LAMOUREUX

*Qui ne cessa, pendant mon séjour
à Paris de me guider, de me
conseiller avec une affectueuse
bienveillance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. CARNOT
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HOPITAL BEAUJON

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu me faire le
grand honneur de présider
cette thèse. Qu'il soit assuré de
ma profonde gratitude.*

A M. LE DOCTEUR LE NOIR
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Avec mon sentiment très distin-
gué de reconnaissance pour la
bienveillance avec laquelle il
m'a accueilli dans son service.*

A M. LE DOCTEUR ROGER SAVIGNAC
ASSISTANT DE CONSULTATION A L'HOPITAL
SAINT-ANTOINE

*Qui m'a donné l'idée de ce travail
et m'a guidé de ses conseils
bienveillants. Qu'il soit assuré
de ma vive reconnaissance.*

Avant-Propos

Avant de commencer cette étude, nous sommes heureux d'adresser l'hommage de nos remerciements aux maîtres qui nous ont guidés.

A nos maîtres dans les hôpitaux de Paris : MM. les Docteurs Laubry, Arrou, Devraigne et Lesné.

A nos maîtres dans les hôpitaux de Clermont-Ferrand, MM. les Docteurs : Alary, Bousquet, Buy, Grasset, Maurin, Merle, Mornac, Moureyre et Piollet et tout particulièrement à MM. les docteurs Billard et Lepetit, dans les services desquels nous avons passé nos deux premières années d'études.

*
* *

Si ce travail présente quelque intérêt, tout le mérite revient à M. le Docteur Roger Savignac qui nous a inspiré le sujet, fourni les observations et nous a prodigué ses conseils avec une extrême bienveillance. Nous emporterons dans notre carrière médicale le meilleur souvenir et le plus utile de ses consultations à l'hôpital Saint-Antoine.

Les Contractions péristaltiques visibles de l'Estomac et leur Séméiologie

Les contractions de l'estomac peuvent se présenter cliniquement sous deux aspects : lorsqu'elles se font en masse on observe le durcissement intermittent ; lorsqu'elles se font de gauche à droite par ondes successives on a l'agitation péristaltique.

C'est Cruveilhier qui, en 1852, traça magistralement le tableau du durcissement intermittent. Traitant de la dilatation de l'estomac, il distingue la dilatation atrophique et la dilatation hypertrophique et dit, à propos de cette dernière :

« La dilatation hypertrophique s'observe dans le cas où, l'ampliation de l'estomac se faisant graduellement, la contractilité musculaire et la force élastique de l'organe n'ayant pas été vaincues, il y a résistance à la dilatation de la part de la tunique musculaire qui se contracte énergiquement sur les aliments, les boissons et les gaz qui remplissent l'organe. Cette contraction se manifeste d'une façon intermittente, elle est facile à reconnaître pendant la vie par un durcissement légèrement douloureux,

analogue aux légères contractions utérines, qui précèdent aux grandes douleurs. »

Bouveret, en 1901, a cru devoir insister sur un nouveau signe « la tension intermittente de l'épigastre », signe qui, pour lui, n'avait jamais été décrit et qui ne semble pas être autre chose que le durcissement intermittent de Cruveilhier. Du reste, cette expression de « tension intermittente de l'épigastre » n'est pas heureuse, le siège des contractions étant en rapport avec la situation et le volume de l'estomac ; elle est exacte s'il s'agit d'un estomac de situation et de volume normaux, mais elle n'est pas applicable au cas où l'estomac ptosé ou dilaté, a une situation sous-ombilicale.

L'agitation péristaltique a été décrite pour la première fois en 1880 par Kusmaul et a été de nouveau étudiée en France par plusieurs auteurs mais surtout par Hanot et son élève Bigaignou.

Les mouvements de l'estomac se dessinent sous forme d'ondes plus ou moins nettes et fréquentes à travers la paroi abdominale, ils résultent des contractions exagérées des parois hypertrophiées de l'estomac. Tantôt ils sont permanents, tantôt intermittents sans qu'on puisse trouver dans la comparaison des divers syndromes cliniques où on les observe, l'explication de ces différences. D'une apparition très capricieuse, ils peuvent se produire spontanément, dès qu'on découvre le malade ou alors ils apparaissent sous l'influence d'une excitation extérieure : un courant d'air, le froid, le chatouillement,

la palpation de la paroi abdominale ou la percussion médiate. De même l'ingestion d'un verre d'eau ou l'insufflation de l'estomac peuvent en déterminer le retour ou les exagérer. Pour bien voir ces contractions, il faut observer la paroi avec éclairage opposé à l'œil de l'observateur et à jour frisant.

Ces mouvements disparaissent généralement lorsque l'estomac est vide et sont au contraire plus intenses après le repas, mais cette règle n'est pas absolue : certains auteurs signalent avoir vu des onduations aussi nettes, l'estomac ayant été vidé. Si ces contractions sont d'une plus grande netteté pendant les périodes d'exacerbation des gastropathies, pour disparaître quand les phénomènes sont atténués ou n'existent plus, il n'est point rare cependant au cours des périodes de rémission de voir les onduations persister.

Les ondes se produisent presque toujours de gauche à droite, c'est-à-dire dans le sens des mouvements péristaltiques ; cependant on a cité des cas — Glax, Calm, Schulz — où elles avaient lieu du pyllore, au cardia (mouvements anti-péristaltiques) mais c'est très rare.

Le diagnostic des contractions péristaltiques de l'estomac est en général des plus facile : leur localisation constitue même un signe important pour les distinguer de celle de l'intestin grêle qui parcourent tout le ventre et surtout sa partie médiane et de celles du gros intestin qui, venant de bas en haut

et de droite à gauche, évoluent presque exclusivement dans l'hypochondre droit.

*
* *

Devant ce curieux symptôme, spontané ou provoqué qui ne manquera pas d'attirer aussitôt son attention, le premier devoir du clinicien sera d'en reconnaître la cause. Un diagnostic précis et précoce présente souvent de grandes difficultés mais il est pour le malade d'une importance capitale : une erreur de diagnostic peut avoir des conséquences graves car elle modifie entièrement le pronostic et le traitement.

M. Gilbert, dans son traité de médecine, déclare que ces contractions péristaltiques n'apparaissent guère que dans la sténose du pylore :

« Pour notre part, dit-il, nous ne les avons observées que chez les sténosés, ou, beaucoup plus rarement, chez les femmes présentant des ptoses viscérales. »

Sur 30 cas, Gaston Lion compte 28 cas de sténose certaine et deux cas de dislocation avec abaissement de la petite courbure. Dans l'un de ces deux derniers cas on trouvait dans l'estomac, le matin, à jeun, 50 centimètres cubes de liquide chargé d'une fine poussière constituée par des résidus alimentaires reconnaissables au microscope ; il existait donc une gêne réelle à l'évacuation. Dans l'autre cas, l'agitation péristaltique était peu prononcée et ne se

produisait guère qu'après insufflation ; il est probable que la distension gastrique exagérât la courbure duodénale due à la ptose et compliquait ainsi l'obstacle. Il y avait donc là aussi sténose, sténose d'origine extrinsèque par coudure.

Kussmaul, puis Oser, Glax et Bouveret admettent que les contractions péristaltiques sont le plus souvent associées à la sténose du pylore, mais qu'elles peuvent être d'ordre névrosique, véritable névrose motrice qui serait due à une irritabilité exagérée de l'appareil péristaltique de l'estomac. Kussmaul rapporte à l'appui de sa thèse deux observations de femmes qui présentaient une légère dilatation avec abaissement vertical de l'estomac. Ces faits paraissent analogues à ceux observés par Gaston Lion et l'on peut se demander, si là aussi, il n'existait pas une coudure de l'angle gastro-duodéal due à la ptose ; aussi M. A. Mathieu dans son traité de l'estomac, parlant des contractions péristaltiques déclare « que Kussmaul en les considérant comme une manifestation d'une simple excitation motrice de l'estomac, *tormina ventriculi nervosa*, a commis une erreur d'interprétation dont il convient de faire table rase ».

Or, MM. Leven et Barret ont présenté à la Société de Radiologie de France, un cas très intéressant qu'ils proposèrent de désigner sous le nom de « chorée de l'estomac ».

« Nos recherches radiologiques et cliniques, disent ces auteurs, nous permettent d'étudier sous le

nom de chorée de l'estomac une maladie non décrite, fréquente cependant, définie par une excitabilité motrice remarquable de l'estomac, par une tendance aux spasmes et aux contractures du muscle gastrique et de ses sphincters cardiaque et pylorique, définie par des aspects radiologiques spéciaux caractérisant cette excitabilité, se manifestant enfin par des symptômes généraux très graves.

Le malade dont il s'agit, âgé de 51 ans, employé au ministère des Travaux publics, était traité depuis 10 ans sans succès par de nombreux médecins, tous également réputés, lorsqu'il vint à la consultation. Pendant ces 10 ans, malgré tous les traitements, malgré l'ablation de l'appendice, il avait des crises gastriques extrêmement douloureuses avec vomissements bilieux et alimentaires ; après les crises il était incapable de s'alimenter pendant 10 ou 15 jours.

Lorsqu'il nous fut confié, les accès ne lui laissaient plus aucun répit et il avait recours aux injections de morphine pour diminuer ses souffrances. Tous les diagnostics avaient été posés à propos de ce cas, y compris ceux de lithiase biliaire et de crises tabétiques.

L'examen radioscopique révéla une agitation continuelle de l'estomac, des mouvements péristaltiques et antipéristaltiques désordonnés, choréiques, étendus à toute la hauteur du viscère, déterminant des changements incessants de calibre et de forme ».

M. Leven, dans son traité sur la dyspepsie ajoute, à propos de ce même malade, que le lait de bismuth franchissait très naturellement le pylore. En moins de 6 semaines, cet homme, souffrant depuis 10 ans, pouvait prendre et supporter les aliments les plus variés.

Quoique les observations de Kussmaul aient donné lieu à toutes les hypothèses, qu'il nous soit permis cependant de faire remarquer que cet auteur, bien qu'ayant pu commettre dans les cas par lui rapportés, une erreur d'interprétation, a eu du moins le grand mérite d'attirer l'attention sur l'excitabilité motrice de l'estomac. Cette excitabilité motrice, MM. Leven et Barret viennent de nous en prouver l'existence, de nous en affirmer la fréquence. Comme nous chercherons à le montrer elle a peut-être un rôle prépondérant dans la formation des contractions péristaltiques de l'estomac, sans sténose du pylore, dans l'aérophagie.

*
* *

Il ressort de ce petit exposé que les contractions péristaltiques de l'estomac se voient presque exclusivement au cours de la sténose du pylore ; que les cas de contractions péristaltiques sans sténose rapportés par Kussmaul et Gaston Lion sont peu probants ; enfin que ceux de MM. Leven et Barret sont basés sur des examens radioscopiques. Or, nous avons réuni 6 observations de malades aéro-

phages chez lesquels des contractions péristaltiques nettes, indéniables, ont été constatées cliniquement, par l'œil de l'observateur, sans qu'une sténose pylorique puisse être incriminée. Nous exposerons les caractères cliniques de ces contractions, nous essaierons d'en expliquer la pathogénie, enfin nous tâcherons d'en tirer des conclusions.

Observations

OBSERVATION I

M. M..., 63 ans.

23-4-23. Dans les antécédents héréditaires de ce malade, on relève de l'éthylisme.

Dans ses antécédents personnels : de l'éthylisme, de la dysenterie contractée en Egypte, une syphilis acquise, une fièvre typhoïde en 1904, avec hémorragie intestinale, de l'artério-sclérose. Ce malade fut opéré en 1922 d'hémorroïdes et d'un double phlegmon ischio-rectal. Il eut ensuite une cystite suivie d'orchite, enfin en 1922 il fut opéré d'une fistule ano-rectale.

Actuellement, il se plaint de constipation, de vertiges et de troubles dyspeptiques tels que : gonflement, ballonnement du ventre avec renvois et gaz, de narcolepsie le soir, et d'un nervosisme extrême.

On note à l'examen : un tympanisme gastrique très accentué et des *contractions péristaltiques typiques* se produisant soit spontanément, soit sous l'influence d'un léger chatouillement de la paroi abdominale.

Le clapotage est perçu 4 heures après le repas.

Le traitement de l'aérophagie est institué, de plus le malade prendra avant les repas une potion bromurée et le matin une solution sulfatée.

11-5-23. Les troubles dyspeptiques : renvois, ballon-

nement, ont bien diminué ; le tympanisme est moins étendu.

Il n'y a *plus de contraction péristaltique visible*, mais par moment une ébauche de gonflement intermittent. Le clapotage a disparu.

22-12-24. Le malade présente une forte congestion de la face et se plaint de nouveau de troubles dyspeptiques et de nervosisme.

La constipation est toujours tenace.

L'abdomen a toujours le même aspect, l'estomac tympanique se dessine à l'épigastre, *mais les contractions péristaltiques ont disparu.*

OBSERVATION II

Mme de S..., 30 ans.

24-10-22. Cette malade se plaint depuis très longtemps de crises de douleurs constantes, d'une durée de 15 jours à 1 mois et entrecoupées de périodes de rémission de 2 mois à 1 an. Ce sont, aussitôt après les repas, des borborygmes avec sensation de gonflement, de poids sur l'estomac, augmentant par le mouvement et ne disparaissant que le soir. La malade a remarqué que, au cours de sa crise, la palpation augmentait ses douleurs mais qu'elle ressentait une notable amélioration en se couchant aussitôt après le repas du soir.

Elle n'accuse pas de vomissement ni de nausées, pas de renvois.

C'est une constipée habituelle. Son appétit qui est en général très bon diminue notablement pendant les crises.

On note de la bradyphagie, un état nerveux bon, **sauf** pendant les crises, enfin un amaigrissement progressif.

Son poids est de 50 Kgr. 200.

Une appendicectomie qu'on lui a faite en 1915 n'a pas donné de résultat appréciable.

A l'examen : on constate un abdomen assez volumineux, tympanique, non douloureux, une légère sensibilité épigastrique se prolongeant jusqu'à droite de la ligne médiane et dans toute cette région un tympanisme très marqué.

Pas de signe de tumeur.

Le traitement institué comprend : un régime riche, de la thaolaxine, 12 heures de lit. Enfin une potion bromurée à prendre au moment de la crise.

17-2-23. La malade n'a pas eu de crise véritable. Pendant les 2 premiers mois qui ont suivi la consultation, elle s'est très bien portée ; pendant les mois qui ont suivi, elle a dû prendre quatre ou cinq fois la potion, car après le repas, elle ressentait dans l'œsophage des gargouillements, des glouglous, suivis de gonflement. La potion du reste a diminué et même supprimé les sensations pénibles.

La constipation a disparu par le régime sans qu'elle ait eu besoin de faire usage de thaolaxine.

Quoiqu'elle soit un peu fatiguée actuellement, l'état général est bon.

Son poids est de 51 kgr., 400.

Les réflexes patellaires sont moins vifs.

On note au niveau des régions épigastrique et iliaque droite une légère sensibilité, un tympanisme gastrique très accentué correspondant à une voussure, une boule qui délimite très nettement l'organe.

Pas de clapotage, pas de flot, 2 h. $\frac{1}{2}$ après le repas.

Le traitement reste le même : régime très large, potion bromurée, 10 jours sur 15, enfin tub tiède.

7-7-23. Nous sommes dans une mauvaise période ; deux nouvelles menaces de crise n'ont pas été calmées

par la potion. La malade ressent une grande lassitude allant même jusqu'à provoquer un peu de céphalée.

Depuis 4 à 5 jours cependant, la constipation est moins tenace, la fatigue moins accusée.

Pendant les périodes pénibles, l'énervement est plus marqué qu'autrefois.

Poid, 55 kgr. 800.

Le tympanisme gastrique à « son de tambour », qui s'étend en haut jusqu'au niveau du sein, en bas jusqu'à l'ombilic, est toujours des plus nets. A ce niveau, on note une voussure où parfois s'ébauche *une petite onde péristaltique*, ou mieux une tension intermittente.

La potion bromurée est toujours prescrite 10 jours sur 20, et pendant les périodes de crise, la malade prendra du mucicarbos aux deux repas.

15-12-23. La malade va beaucoup mieux. Elle mange bien et si parfois elle sent qu'une crise la menace, une cuillerée de potion la calme aussitôt.

Cependant, même pendant les périodes de bien-être, qui sont maintenant le plus en plus longues, elle a toujours cette sensation de gonflement avec borborygme, malgré le mucicarbos.

Le tympanisme est toujours très marqué mais *on ne note plus au niveau de l'épigastre de contraction péristaltique*.

La malade, qui au début de son traitement pesait 50 kgr. 200 atteint maintenant 59 kgr. La potion est donnée par cure, suivant nécessité.

Des exercices respiratoires sont ordonnés pendant la crise d'aérophagie et des mouvements gymnastiques tous les matins.

OBSERVATION III

Mme T..., 68 ans.

5-10-23. Cette malade se plaint de douleurs gastriques très irrégulières avec renvois, sans vomissement, ne paraissant pas avoir de rapport avec les repas. Elle a toujours souffert, mais depuis 3 à 4 mois les douleurs sont devenues extrêmement violentes : « à pleurer ».

L'appétit est très diminué, sans élection, et l'amaigrissement est continu. Forte constipation.

On note à l'examen, une malade pâle, maigre, ptosée. Les régions épigastriques et vésiculaires sont très douloureuses, résistantes au palper. On note de plus chez cette malade les petits signes d'aérophagie, du clapotage et des *contractions péristaltiques très nettes* à travers la paroi abdominale.

La réaction de Meyer est positive.

Le traitement de l'aérophagie est institué et la malade prendra une potion bromurée.

29-11-23. On constate une réelle amélioration, mais la constipation est toujours tenace. Encore quelques troubles dyspeptiques, de l'inappétence, quelques renvois.

La sensibilité épigastrique est toujours nette ; la vésicule biliaire est grosse et douloureuse.

On constate du clapotage 3 heures après le repas, mais *il n'y a plus de contraction péristaltique*.

La potion bromurée sera continuée 10 jours sur 15.

15 novembre 1923 :

Examen radiologique de l'estomac et du carrefour sous-hépatique (Dr Keller).

A. Radioscopie.

1° Station verticale.

Ingestion de 200 grammes de gélobarine.

L'estomac se remplit rapidement.

Il apparaît vertical en forme de J, à gauche de la ligne médiane.

Le bas-fond se projette à 4 travers de doigt au-dessous de la ligne bis-iliaque.

Aucune anomalie de contours de la petite et de la grande courbure, qu'elle que soit la position du malade.

A la palpation, l'estomac est souple, mobile, non douloureux.

Il existe un point sensible net, situé un peu en dehors de la grande courbure de l'antré pré-pylorique, correspondant à la partie moyenne du bord inférieur du foie.

L'antré lui-même, de volume moyen, ne paraît pas déformé.

Péristaltisme violent mais régulier.

Les ondes commencent au niveau de la partie moyenne de l'estomac.

Pas de période d'atonie gastrique.

Après un spasme pylorique de quelques minutes, l'estomac s'évacue normalement.

Le bulbe duodénal est nettement visible et ne paraît pas déformé.

2° Décubitus dorsal.

L'estomac remonte d'un travers de main.

3° Décubitus abdominal.

Après inclinaison de la malade sur le côté droit, le bulbe duodénal se remplit avec régularité.

B. Radiographies en série.

Des clichés sont pris en décubitus abdominal.

Ils ne montrent pas d'irrégularité persistante de l'antré pré-pylorique.

Le bulbe duodénal ne présente aucune niche, aucune incisure, aucune rétraction de ses courbures.

La seconde portion du duodénum est légèrement attirée à droite, et le génu supérieus forme un angle aigu, haut situé, sous-hépatique.

Sur tous les clichés on remarque l'existence d'une ombre arrondie, située un peu en dehors de la région pyloro-duodénale. Cette ombre correspond au point douloureux signalé au cours de l'examen radioscopique.

II. Examen de 6 heures.

Aucun résidu opaque dans le bas-fond gastrique.

Le cœcum, le côlon ascendant et le transverse sont visibles, mobiles, non douloureux.

III. Examen de 24 heures.

La tête du repas occupe la partie moyenne du côlon descendant et la queue se trouve au niveau de la partie moyenne du côlon transverse.

Aspect légèrement spasmodique du côlon, mais sensibilité à la pression sur son trajet.

Conclusion :

L'examen radiologique ne montre pas de signes directs d'affection organique de l'estomac ou du duodénum.

Je crois que l'ombre observée sur les radiographies en série, peut être interprétée comme étant celle d'une grosse vésicule anormalement visible.

OBSERVATION IV

Mme G..., 45 ans.

9-7-23. Au mois de septembre 1922, alors qu'elle se portait très bien, la malade a ressenti une douleur épigastrique violente, brutale, qui l'impressionna beaucoup. Depuis cette époque elle ne va pas. Ce sont, par crises : des essoufflements, des palpitations surtout nocturnes, des douleurs rétro-sternales avec sensation de gonflement sous les bras. Elle est continuellement fatiguée, triste, inquiète, très nerveuse. Elle n'a pas de vomisse-

ment, pas de renvois, pas de troubles dyspeptiques mais une constipation violente, de l'inappétence et un grand amaigrissement.

Depuis l'âge de 20 ans, son odorat faiblit de jour en jour ; à l'heure actuelle elle ne sent plus.

A l'examen, les réflexes sont normaux, rien au poumon, rien au cœur. A l'épigastre on constate une voussure qui dessine la poche gastrique et au niveau de laquelle se forment des contractions péristaltiques très nettes, lentes, régulières, se propageant de gauche à droite et absolument indolores.

A la palpation on sent la poche gastrique tout entière comme un ballon tendu qu'on limite très bien et on perçoit un bruit de clapotage à son métallique. Un tympanisme très marqué se perçoit depuis le sein gauche, à 10 centimètres au-dessus du rebord costal jusqu'aux deux crêtes iliaques et propageant jusqu'au foie.

L'examen radioscopique ne décèle rien au cœur, rien à l'aorte, mais sous le diaphragme une énorme bulle gazeuse.

Le traitement antispasmodique et de l'aérophagie est institué et l'examen du nez sera fait ultérieurement.

OBSERVATION V

J. S..., 5 ans.

5-12-21. Depuis un mois environ, d'abord rarement puis 3 fois par semaine, cet enfant, qui s'était toujours très bien porté, se plaint de céphalée, de somnolence continue. Fréquemment, il a des vomissements de bile. Les parents qui le surveillent attentivement ont remarqué qu'au cours de ces petites fatigues l'enfant a les yeux cernés, que son teint est jaune, qu'il ne mange pas. Cet état dure un jour et le lendemain tout est fini.

On se trouve en présence d'un enfant frêle, triste, ayant un peu d'adénite cervicale. La dentition est mauvaise, la langue saburrale. Le foie est un peu gros, non douloureux, l'abdomen normal. Le petit malade est mis au régime végétarien absolu, avant chaque repas il prendra une solution sulfatée.

5-1-22. L'enfant va mieux, il n'a pas vomi et ne s'est plaint que deux fois de la tête.

15-10-22. L'enfant allait très bien lorsque le 25 juillet il s'est plaint de coliques suivies de selles fréquentes, impérieuses. Les parents ont constaté que son ventre devenait énorme, dur. Il n'a pas de fièvre. Un médecin consulté craint une tuberculose péritonéale.

La radiographie montre un estomac et un côlon plein de gaz et extrêmement dilaté ; par lavement on ne trouve pas de dolichocôlon mais des anses dilatées au triple.

L'examen décèle un abdomen distendu très tympanique.

Poids : 18 kr. 600.

Le traitement de l'aérophagie est institué ; de plus, le petit malade prendra, avant le repas, une potion bromurée.

Pendant cinq mois l'enfant reste dans un état assez satisfaisant.

Un examen des selles a permis de découvrir des kystes de *Lamblia* que le traitement a fait disparaître rapidement. L'abdomen est moins tympanique, les selles sont régulières et les douleurs ont disparu.

19-4-23. L'état général est bon. Poids : 20 kgr.

A l'examen on découvre un tympanisme gastrique marqué et de belles ondes péristaltiques non douloureuses qui naissent sous les côtes gauches et progressent à droite jusqu'à la ligne médiane.

Le traitement de l'aérophagie et la médication antispasmodique sont continués.

17-10-23. L'enfant a passé de très bonnes vacances, il ne présente plus aucun trouble.

OBSERVATION VI

Mlle R..., 8 ans.

22-6-20. Depuis 2 mois, de façon très irrégulière, une ou deux fois par jour ou tous les 2 ou 3 jours, à l'heure des repas, avant, pendant ou après (aussitôt après surtout) cette petite malade ressent une douleur épigastrique « à se courber en deux ». On l'étend, avec application de compresses chaudes, tout se passe en 15 ou 20 minutes. Souvent, en cours de la crise, elle a une fausse envie d'aller à la selle et voilà les seuls troubles qu'elle accuse.

Son appétit est moyen, pas de tachyphagie, ses digestions sont bonnes, ses sellées régulières.

On ne relève rien de particulier dans ses antécédents, soit héréditaires, soit personnels.

A l'examen, on découvre une gorge granuleuse, des végétations adénoïdes. Le ventre est gros, tympanique, il n'y a rien au côlon, rien au point de Mac Burney, mais au niveau de l'estomac du tympanisme, et des *contractions péristaltiques* se dessinant très nettement sous la paroi.

On ne trouve pas de clapotage 1 h. $\frac{1}{2}$ après le repas.

On note aussi une sensibilité avec défense sous le grand droit droit, sans tumeur nette.

Les épreuves de Meyer et de Weber sont négatives.

La petite malade est radiographiée.

Le traitement institué comporte un régime et de la belladone.

15-7-20. Jusqu'à la fin du mois, l'enfant a beaucoup souffert. Les crises furent violentes et fréquentes.

Depuis la radiographie, 15 jours environ, la jeune malade n'a pas eu de crise. Elle n'a toujours pas de vomissements, ses selles sont régulières, mais elle est lasse et sans entrain.

L'estomac tympanique fait une sorte de voussure. On ne constate *plus de contraction péristaltique*, cependant, parfois une *ébauche* semble se produire.

Il y a toujours une sensibilité épigastrique très marquée jusqu'à droite, sous le foie, mais pas de tumeur, pas de défense.

Poids, 26 kgr. 300.

La belladone est remplacée par une potion bismuthée et bromurée.

30-7-20. La petite malade est toujours triste, pâlotte, mais elle allait très bien, n'avait pas souffert, lorsque avant-hier, elle eut, aussitôt après le repas, une crise très pénible, qui dura 10 minutes et qui avait tous les caractères de celles qu'elle ressentait au début de son traitement. Poids : 27 kg. 500.

Le ventre est gros mais souple, l'estomac très tympanique se dessine sous la paroi. *Quelques contractions péristaltiques* se forment par instant.

18-8-20. L'enfant n'a eu qu'une crise, mais très violente.

Elle reprend son entrain, sa bonne mine et mange bien. Poids : 26 kr. 800.

L'estomac est toujours tympanique. Des *ondes péristaltiques très nettes* se montrent sous la paroi.

On note un clapotage métallique.

A droite de la ligne médiane, mi-foie, mi-ombilic, on sent une résistance profonde, douloureuse, assez vague.

On associe comme traitement bromure et belladone.

4-11-20. Pas de crise, l'état général est excellent.

On ne découvre *pas de contraction péristaltique*, sim-

plement une voussure épigastrique gauche très tympanique avec bruit de clapotage à timbre métallique.

Pendant toute l'année 1921, l'enfant se porte bien.

Elle a fait régulièrement sa cure de Belladone et de bromure.

8-3-22. L'enfant a ressenti, il y a quelques jours, une douleur au-dessus de l'ombilic.

On découvre à l'examen une hernie épigastrique sus-ombilicale. Dans la région épigastrique toujours tympanique, *quelques ondes péristaltiques* se forment sous les yeux. L'enfant est envoyée à un spécialiste pour sa gorge. Le cavum est encombré. Une intervention sera pratiquée dans la suite ; pour l'instant, un traitement médical est jugé suffisant.

3-3-23. Rien à l'abdomen, plus de tympanisme, *pas de contraction péristaltique*.

La médication antispasmodique est supprimée.

26-6-23. L'enfant va très bien, ne se plaint pas de l'estomac, on découvre des *contractions péristaltiques très nettes et assez violentes*.

27-7-23. La jeune malade a eu deux crises légères à la suite de l'absorption d'aliments qui ne lui plaisaient pas.

L'enfant est pâle, se transforme, maigrit, est très nerveuse.

L'abdomen est souple, sans tympanisme, *sans contraction péristaltique*.

Le bandage herniaire est défectueux.

13-10-23. Le bandage a été remplacé : la fillette s'en trouve bien.

Elle mange, se fortifie, mais elle est toujours très nerveuse.

Pas de contraction péristaltique, aucun trouble gastrique. Poids : 36 kgr.

9-7-24. L'enfant ne se plaint pas de l'estomac.

La saillie gastrique est très prononcée, tympanique, et sous la paroi abdominale se dessinent des *ondes péristaltiques très nettes*.

25-9-24. La petite malade se fortifie, ne ressent aucun trouble gastrique.

On ne remarque *pas de contraction péristaltique*.

Examen radiologique de Mlle R..., 8 ans
(Dr André Sorel)

25 et 26-8-20.

I. Après un jeûne de 6 heures, l'enfant a absorbé, 6 h. avant l'examen, 200 gr. de gelobarine mélangée à 100 gr. de bouillie.

A. Examen debout.

Au niveau du thorax, rien à signaler.

Au niveau de l'abdomen, on constate dans l'estomac, la présence d'une petite quantité de bouillie opaque non évacuée (10 cm³ environ). Cette ombre reste au niveau du bas-fond gastrique, qui paraît présenter peu de mouvements spontanés. Ce bas-fond se trouve à 1 cm. au-dessus de la ligne bis-iliaque. La poche à air gastrique apparaît au-dessus de notables dimensions, mais rendue irrégulière par la présence d'un angle colique gauche, très dilaté par des gaz. Cette notable aérocolie est d'ailleurs une particularité très remarquable de cet examen.

Le reste de la bouillie se trouve en grande partie dans l'iléon et remplissant le cœcum, apparaît dans l'angle droit du côlon. Le côlon transverse est entièrement rempli de gaz et apparaît assez bas situé.

B. Examen couché.

Les mêmes caractères généraux peuvent être observés. Toutefois, le bas-fond gastrique s'est relevé, et l'estomac affecte la forme générale d'une écharpe accolée sous le foie. Il apparaît donc essentiellement mobile. Les anses intestinales ne présentent rien d'anormal à signaler.

II. 23 heures après la prise de la bouillie : examen couché.

On retrouve l'intestin rempli de masses opaques agglomérées, réparties dans le cœcum, le transverse, le descendant et le rectum.

L'enfant a eu une selle depuis la veille et a évacué de la baryte. Toutefois, au niveau du pubis, on perçoit à la palpation une masse dure répondant à l'une des taches coliques transverses, le reste de l'abdomen présente la même aérocolie que la veille, l'intestin grêle d'ailleurs, semblant être également distendu par les gaz. Une anse notamment, remonte assez haut sous le foie ; nous la retrouverons au cours de l'examen debout, après la bouillie barytée.

Examen debout.

Les caractères ci-dessus décrits n'étant aucunement modifiés par le changement de position, on fait ingérer à l'enfant 200 cm³ de bouillie barytée sucrée et aromatisée. Elle la prend avec une répugnance marquée et avale pendant la période d'ingestion, une quantité considérable d'air qui dilate considérablement la poche à air et détermine à plusieurs reprises des éructations bruyantes. Le remplissage terminé, il reste une poche à air de grandes dimensions, présentant, du fait de l'aérocolie voisine, des irrégularités très marquées. Le corps de l'estomac est assez large, le bas-fond est à un bon centimètre au-dessous de la ligne bis-iliaque. La forme générale est en crochet. La région pylorique forme un long canal se relevant à angle assez aigu. Les bords sont réguliers et présentent des mouvements péristaltiques lents, réguliers et peu profonds.

Au bout de peu d'instant, on voit le pylore lui-même apparaître sous forme d'un canal très mince, court, et qui donne aisément passage à la bouillie ; on voit celle-

ci remplir rapidement le bulbe duodénal, qui affecte une forme et des dimensions parfaitement normales.

Mais pendant tout le cours de l'examen, on ne voit pas le contenu bulbaire dépasser le *genu superius*. Contre lui, on observe une anse grêle remplie de gaz et d'apparence assez dilatée. Il est possible que cette anse, quand elle est dilatée, comprime le bulbe et retarde son évacuation (?)

Les mouvements abdominaux spontanés faits par la petite malade montrent la parfaite mobilité de son estomac par rapport aux organes voisins. Les manœuvres de palpation montrent les mêmes caractères ; elles ne permettent de découvrir dans la région pylorique aucune tuméfaction ni aucune douleur.

En résumé :

Retard à l'évacuation de l'estomac. Aérophagie et aéro-oclie. Forme anormale et spasmodique de l'antrum pylorique. Difficulté d'évacuation du bulbe.

Léger retard au transit du gros intestin et abaissement anormal du transverse quand il est plein.

Symptomatologie et Diagnostic

Trois faits capitaux ressortent des observations que nous venons d'exposer :

1° Les malades sont des aérophages.

2° Les contractions de l'estomac, observées par le clinicien, sont nettes, indéniables.

3° La sténose du pylore ne peut être incriminée.

Sans nous attacher, pour l'instant, à l'étude des contractions péristaltiques se dessinant par instant sous la paroi, examinons l'abdomen de ces malades qui ont des éructations et éprouvent par moment une sensation de tension douloureuse. L'inspection de la région épigastrique nous montre la suppression du creux épigastrique, une voussure plus ou moins marquée de cette région ; par la palpation on constate une résistance parfois si considérable qu'il est impossible de déprimer l'épigastre. Parmi toutes les causes de l'aérophagie, la dyspepsie doit être mise au premier rang chez nos malades : une demi-heure, une heure après le repas ils éprouvent une sensation de tension au niveau de l'épigastre accompagnée de congestion du visage,

de bouffées de chaleur et parfois de palpitations. Tantôt ils accusent un poids sur l'estomac, une barre au niveau du creux épigastrique, tantôt des douleurs, des brûlures qui débutent peu de temps après le repas ou au bout de deux ou trois heures.

En même temps surviennent des éructations, des renvois qui donnent la sensation de brûlure sur toute la longueur de l'œsophage. Cette dyspepsie peut être primitive, traduite depuis l'enfance par un appétit capricieux, un goût marqué pour certains aliments qui n'étaient pas toujours des plus faciles à digérer, des moins irritants, ou apparaître à la suite de l'abus du tabac, de l'alcool — c'est le cas du malade qui fait l'objet de l'observation I. — Cette dyspepsie peut être aussi secondaire à une maladie du foie, de l'intestin, des organes génitaux, enfin à tant d'autres troubles qu'il faut rechercher et traiter.

Ces malades présentent souvent une hyperesthésie notable à la pression du creux épigastrique. Chez eux, il est fréquent d'observer du clapotage plusieurs heures après le repas ; mais le plus souvent les examens pratiqués dans la suite ne permettront plus de retrouver ce symptôme.

La dyspepsie peut ne pas exister ; un obstacle respiratoire, naso-pharyngien — dans l'observation 6 la présence de végétations adénoïdes — peuvent être la cause de l'aérophagie.

Enfin un état que l'on retrouve chez tous nos malades, c'est la nervosité. Tous ces malades sont for-

tement influencés par les fatigues, le surmenage, les émotions morales, ils se plaignent d'insomnie, de céphalée qu'ils ressentent dès le matin, au réveil. La constipation chez eux est constante, l'émotivité fréquente — rougeur ou pâleur de la face, sueurs, palpitations, angoisse précordiale, sensation de dérochement des jambes.

Les contractions péristaltiques sont vues chez ces malades, tantôt sous la forme d'agitation péristaltique, d'ondes parcourant la paroi abdominale de gauche à droite, tantôt sous la forme de durcissement intermittent : la partie supérieure de la région épigastrique apparaît asymétrique à la palpation, on éprouve une sensation de tension qui contraste avec la dépressibilité de l'hypocondre droit et du reste de l'abdomen ; la percussion de cette proéminence donne une sonorité tympanique très nette ; de temps à autre elle s'affaisse pour se reproduire après quelques instants donnant ainsi l'impression d'un ballon qu'on gonflerait et qu'on viderait alternativement.

Ces contractions de l'estomac, qu'elles se manifestent sous la forme d'ondes péristaltiques ou de tension intermittente, sont toujours très caractéristiques. Nettes un jour, elles disparaissent le lendemain ; leur apparition est le plus souvent spontanée, quelquefois provoquée par le chatouillement de la paroi ; parfois très marquées sur un estomac peu dilaté, elles persistent ou disparaissent ou augmentent lorsque la tension intra-gastrique est très

accentuée ; quelquefois douloureuses, elles sont le plus souvent indolores sans qu'on puisse trouver dans les différents symptômes qui les accompagnent l'explication de cette variabilité.

Chez le malade qui fait l'objet de l'observation I, on note à l'examen du 23 avril un tympanisme gastrique très accentué. Cet aérophage est un dyspeptique d'une nervosité extrême ; les contractions péristaltiques sont typiques. Le 11 mai, les troubles dyspeptiques ont diminué, le tympanisme est moins étendu, il n'y a plus d'ondulations péristaltiques mais, par moment une ébauche de durcissement intermittent. Le 22 décembre, le malade accuse de nouveau des troubles dyspeptiques, du nervosisme, le tympanisme est extrêmement marqué ; les contractions de l'estomac ont disparu. L'observation 6, d'une petite malade qui fut surveillée constamment pendant 4 ans, montre très nettement cette variabilité extrême, déconcertante de ce symptôme. Les ondulations péristaltiques qu'on observe chez elle sont très nettes un jour, disparaissent le lendemain, se voient tantôt au cours d'une crise extrêmement douloureuse dans une période de dépression intense, tantôt pendant une période d'amélioration réelle, alors que l'enfant a repris son entrain, sa bonne mine et qu'elle n'accuse plus de troubles dyspeptiques.

Ces malades n'ont pas de sténose du pylore. Certes, l'horaire quelquefois tardif des crises douloureuses, la localisation assez fréquente de la sensibi-

lité au niveau du pylore, la présence de contractions de l'estomac, peuvent induire en erreur au premier examen clinique. Cependant en suivant le malade, on constatera d'une façon évidente que les crises douloureuses sont d'une intensité, d'un horaire très irréguliers, que l'état général du malade parfois assez précaire est assez souvent excellent enfin que les vomissements sont rares. Toute hésitation tombe lorsqu'on assiste à une amélioration rapide et que les examens de laboratoire, que les examens radioscopiques viennent confirmer l'absence d'une sténose du pylore.

Cette notion, de contractions péristaltiques sans sténose au cours de l'aérophagie, nous permettra d'éviter certaines erreurs graves et de modifier entièrement le pronostic et le traitement.

Le premier devoir du clinicien sera donc :

1) De rechercher l'aérophagie et les causes de cette aérophagie.

2) D'étudier le caractère des contractions péristaltiques observées. Or, un seul caractère peut mettre sur la voie du diagnostic, c'est, comme nous l'avons fait remarquer tout à l'heure, l'irrégularité, l'intermittence de ces contractions n'ayant parfois aucun rapport avec la distension de l'estomac.

3) De s'assurer de l'absence de signes de sténose par tous les procédés d'investigation dont il pourra disposer : examen clinique, de laboratoire, radioscopique.

4) D'observer la variabilité de l'état général chez ces malades. L'amaigrissement peut être poussé à l'extrême, comme dans le cas de sténose, mais il est loin de suivre la même marche continue et uniforme.

5) Enfin d'instituer le traitement qui, comme nous le verrons tout à l'heure, confirmera le diagnostic.

Essai sur la Pathogénie de ces Contractions

Dobrovici qui a mesuré, par le procédé manométrique, la tension intragastrique d'un nombre considérable d'aérophages déclare que la plupart de ces malades ont une hyperesthésie de l'estomac à la distension qui ne leur permet pas d'emmagasiner l'air qu'ils ont dégluti et d'élever, d'une manière appréciable, la tension intragastrique. Ils éliminent l'air sous forme d'éruclations au fur et à mesure qu'ils déglutissent. Dobrovici en tire cette conclusion : « Les troubles observés chez ces malades ne sont pas dus à une distension réelle de l'estomac, mais comme le dit M. A. Mathieu, à une hyperesthésie de la muqueuse gastrique à la distension ».

M. Leven s'est attaché tout particulièrement à l'étude de cette hyperesthésie gastrique dans certaines variétés d'aérophagie :

« Cette variété d'aérophagie discrète, sans éruclations appréciables, sans siaborrhée scialalgie abondante, sans distension gastrique apparente, n'attirait pas l'attention du clinicien, le radiographe devait lui enseigner l'existence d'estomacs petits, con-

tractés, spasmodiques, intolérants, réagissant dès qu'une faible quantité d'air est ingurgitée, estomacs au niveau desquels les réactions douloureuses s'éveillent très rapidement, comparables à ces « vessies irritables » non extensibles qui ne supportent pas l'injection de quelques centimètres cubes de liquide sans que se produise aussitôt le besoin d'uriner ». Cette description s'applique à une catégorie de malades bien déterminée, à une forme clinique dans laquelle nous ne pouvons classer qu'un petit nombre de cas. C'est ainsi que chez les malades qui font l'objet de nos observations, l'aérophagie est nette, d'un diagnostic clinique évident. Cependant, nous avons tenu à reproduire cette description car elle montre bien que les troubles qu'éprouvent ces malades sont moins dus, comme l'a fait remarquer Dobrovici, à la distension de l'estomac qu'à son irritabilité.

Par quel symptôme objectif cette irritabilité vatale se traduit-elle ?

« Chaque dyspeptique, dit M. Enriquez, offre un syndrome qui, tout en se répétant chez le même sujet avec une certaine fixité, ne répond, le plus souvent, que de loin aux descriptions toujours plus ou moins schématiques. Les perversions fonctionnelles qui constituent la dyspepsie gastrique portent à la fois sur la sensibilité, la motricité et la sécrétion de l'estomac, de même que les troubles qui constituent l'asthme portent également sur la sensibilité — dyspnée angoissante — sur la motricité — contracture tétanique des muscles inspireurs et spasme des

muscles de Reissessen — et sur la sécrétion — hypercrinie de la muqueuse respiratoire depuis le pituitaire jusqu'à l'alvéole. Mais en clinique, la réaction paroxystique asthmatique n'est pas toujours complète, elle se manifeste par des crises atypiques, les unes larvées, les autres réduites à un seul symptôme à l'exclusion de tout autre. Pareillement la réaction dyspeptique peut se limiter à l'une des perversions fonctionnelles de l'innervation gastrique. »

MM. Leven et Barret ont mis en évidence cette « perversion motrice » en nous décrivant la chorée, la névrose motrice de l'estomac. Or, que cette motricité anormale se manifeste par des contractions péristaltiques que seul l'examen radioscopique permette de découvrir, ou qu'elle se présente à nos yeux sous forme d'ondulations ou de tension intermittente, il semble qu'il n'y ait entre ces deux manifestations de l'état d'excitation de l'innervation gastrique, qu'une question de degrés et de forme ; du reste, au cours de l'aérophagie, à l'hyperesthésie gastrique, peut s'ajouter le spasme du pylore qui contribuera à rendre ces contractions péristaltiques plus fortes, plus typiques.

Cet estomac hyperesthésique qui réagit dans son ensemble, s'accompagne souvent de spasmes. Certes, les spasmes peuvent précéder l'aérophagie et en être la cause, de même l'existence de l'aérophagie sans spasme n'est plus à démontrer. Il est certain cependant que les aérophages sont presque tous des spasmodiques ; il s'agit souvent de dyspeptiques anciens,

d'hyperchlorhydriques, d'hypersthéniques, mais souvent aussi le spasme doit être mis sur le compte d'une excitabilité spéciale du système nerveux. En effet, les aérophages sont très souvent des névropathes, au sens vulgaire du mot, des sujets fortement influencés par les fatigues, le surmenage, les émotions morales ; ce sont des émotifs, des hyperexcitables. Leurs spasmes peuvent se localiser non seulement au pylore mais encore à l'œsophage, au cardia, au sphincter anal, aux divers segments du tube digestif.

Salles, dans sa thèse, rapporte le cas d'un dyspeptique aérophage qui fut soigné comme un dyspeptique simple, puis pour un ulcère de l'estomac :

« Une radioscopie faite dans la suite ne montre pas
« de modification dans la capacité, la situation, la forme, le fonctionnement de l'estomac. En revanche,
« le bismuth montre que l'œsophage est le siège de
« mouvements péristaltiques et antipéristaltiques
« évidents. Le bismuth descend par saccades et pour
« ainsi dire marche par marche, le trajet œsophagien remontant et descendant alternativement sur
« une étendue de 3 à 4 cm. puis progressivement
« pour finalement atteindre le cardia. A ce moment, douleur très vive, constriction correspondante au cardia ; on voit celui-ci resserré, enchaînant et étreignant le bismuth qui a servi à l'expérience. Finalement, le cardia s'entr'ouvre et le
« le bismuth franchit l'orifice : à ce moment précis, cessation complète de la douleur. Le diagnos-

« tic de spasme œsophagien, de spasme du cardia »
« devenait désormais évident. »

Deux phénomènes peuvent donc s'associer pour augmenter la motricité de l'estomac dans l'œsophagie : le spasme du pylore et l'hyperexcitabilité toute spéciale de la muqueuse, hyperexcitabilité qui permet d'expliquer la violence de cette réaction motrice, souvent hors de proportion avec le peu d'intensité du spasme.

Chez nos malades, en effet, les contractions péristaltiques de l'estomac peuvent s'accompagner de clapotage gastrique assez accentué, de douleurs violentes ; l'existence du spasme pylorique est évidente. Quelques jours après les malades étant examinés dans les mêmes conditions, à la même heure après le repas, on ne trouve plus de clapotage gastrique et cependant les contractions péristaltiques sont aussi nettes, l'hyperexcitabilité, ce jour-là, l'emporte sur le spasme.

Enfin, l'examen radioscopique qui complète notre dernière observation laisse soupçonner la pneumocolie dans la genèse des contractions péristaltiques chez un malade aérophage. MM. Enriquez et Gaston-Durand, rapportent l'histoire clinique et radiologique de plusieurs malades à estomac biloculé et c'est à l'aérophagie et à la pneumocolie qu'ils attribuent les troubles fonctionnels et les déformations gastriques chez ces malades. La difficulté du diagnostic relevait dans ce cas, de l'importance des troubles accusés par le malade, de l'existence, antérieu-

rement aux phénomènes actuels de symptômes gastriques pouvant éveiller l'idée d'un ulcus, du type de l'aérophagie presque silencieuse, de la prédominance des symptômes intestinaux. Ces auteurs expliquent la biloculation par l'action compressive et déformante du côlon ectasié et plein de gaz.

Il n'a pas été relevé, dans ces observations, de contractions péristaltiques visibles. Peut-être la biloculation de l'estomac produite par la compression du côlon plein de gaz, n'était-elle pas suffisante pour produire une gêne dans le transit de l'estomac? Peut-être l'estomac de ces malades n'était-il pas particulièrement hyperesthésique? Qu'il nous soit permis, cependant, en nous basant sur les signes radiologiques et sur les cas publiés par MM. Enriquez et Gaston-Durand, d'attribuer pour une large part à la pneumocolie, les contractions péristaltiques observées chez la petite malade qui fait l'objet de notre dernière observation.

Comme on le voit, cette pathogénie est complexe, les contractions péristaltiques nettes, sans sténose, au cours de l'aérophagie, peuvent être engendrées par un spasme du pylore chez des malades nerveux, spasmophiles, par une irritabilité spéciale de la muqueuse gastrique et du système neuro-musculaire, enfin, dans les cas d'aérocolie l'action compressive du côlon peut être aussi incriminée.

Traitement

Nous avons vu que la radioscopie était un moyen de diagnostic très utile, malheureusement elle ne peut être pratiquée que dans les grands centres, ce qui forcément, en limite l'emploi. Il existe heureusement un autre moyen de diagnostic d'une grande simplicité, applicable en tout lieu, à la portée de tous les médecins, c'est le traitement médical.

1° *Traitement de l'aérophagie.* — Pour lutter contre le tic d'avalement, si l'on ne peut compter sur la bonne volonté, l'énergie du malade, divers procédés ont été imaginés. La présence d'une cravate légèrement serrée au-dessus de la pomme d'Adam, entrave suffisamment l'ascension du larynx pour rappeler au malade qu'il ne doit pas avaler. La compression des fosses nasales imaginée par M. J.-A. Sicard, donne aussi de très bons résultats.

Lorsque l'aérophagie est liée à la dilatation de l'estomac, le relèvement gastrique préconisé par M. Leven, supprime parfois le tic d'avalement. On conseillera à ces malades, dont très souvent la respiration diaphragmatique est imparfaite, des mouvements de gymnastique convenables ; de plus, on les

obligera à manger lentement et le bismuth sera prescrit à doses petites et fractionnées.

2° *Taitement anti-spasmodique.* — Il découle de la pathogénie que nous avons cherchée à établir. L'hydrothérapie, les compresses chaudes sur l'épigastre, associées à la médication par le bromure et la belladone devront être instituées dès le début et par cure.

3° *Traitement de la cause.* — La dyspepsie et ses causes, une inflammation du naso-pharynx qui détermine de nombreux mouvements de déglutition, seront recherchées et traitées.

La suppression d'un dentier coïncidera parfois avec la guérison de l'aérophagie.

L'aérophagie nerveuse pure est rare. Cette variété a le plus souvent, une cause réelle qu'il faut trouver. Ces malades, qu'on appelle des nerveux, sont presque toujours des dyspeptiques à des degrés divers. C'est à cette dyspepsie encore qu'il faudra s'attaquer.

Conclusions

1) Les contractions péristaltiques visibles de l'estomac se constatent presque exclusivement au cours des sténoses du pylore. Cependant il nous a été permis d'observer des contractions péristaltiques chez des aérophages sans qu'une sténose du pylore puisse être incriminée.

2) Ces contractions péristaltiques observées chez nos malades sont nettes, typiques mais d'une inconstance extrême, sans qu'on puisse trouver dans les différents symptômes qui les accompagnent, l'explication de cette variabilité.

3) D'une façon générale, les troubles observés chez les aérophages, sont moins souvent dus à la quantité d'air ingéré qu'à l'hyperexcitabilité de la muqueuse gastrique à la distension.

Cet estomac hyperesthésique qui réagit dans son ensemble, réagit aussi par spasmes localisés.

4) Deux phénomènes peuvent donc s'associer, se compléter pour créer « cette perversion motrice » ; le spasme du pylore et surtout l'hyperexcitabilité toute spéciale de la muqueuse qui permet d'expli-

quer la violence de cette réaction motrice souvent hors de proportion avec le peu d'intensité du spasme.

5) En présence de contractions péristaltiques nettes, toutes les fois qu'il n'y a pas de signes manifestes d'une sténose du pylore, il faut rechercher l'aérophagie. La première indication est alors d'instituer le traitement de l'aérophagie associé à une médication anti-spasmodique.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

P. CARNOT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

- BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac.
- CLAUDE H. — Interprétation du réflexe du plexus solaire. Société de biologie, 30 avril 1920.
- DEBOVE, ACHARD, CASTAIGNE. — Traité des maladies de l'estomac.
- DEMADIÈRE. — Valeur séméiologique de l'exploration de la région épigastrique chez les dyspeptiques. Thèse Paris, 1920.
- DOBROVICI. — L'aérophagie. Tension gastrique et intra-intestinale. Thèse Paris, 1906-07.
- DOYEN. — Spasme du pylore. — Médecine moderne 1897.
- ENRIQUEZ et GASTON-DURAND. — Estomac hypertonique. *Presse Médicale*, 9 octobre 1912. Déformation biloculaire de l'estomac secondaire à l'aérophagie et à la pneumocolie. Mouvement médical, février 1913.
- GILBERT et THOINOT. — Traité des maladies de l'estomac.
- HAYEM et LION. — Traité des maladies de l'estomac. Les signes objectifs des affections stomacales. *Archives générales de Médecine*, 1895.
- JACQUELIN. — Le spasme du pylore. *Presse Médicale*, 20 juillet 1921.
- LEGENDRE. — Dilatation de l'estomac. Thèse Paris, 1886.
- LE NOIR et AGASSE-LAFONT. — Nouveau traité de Médecine. Fascicule 13.
- LEVEN. — L'aérophagie. La dyspepsie.

- LEVEN et BARRET. — Radioscopie gastrique et maladies de l'estomac chez l'adulte et le nourrisson. Société de radiologie médicale. Séance du 10 mai 1910.
- LION. — Durcissement intermittent et agitation péristaltique de l'estomac. *Le Médecin praticien*, 20 mars 1906.
- LIVET. — L'aérophagie, notes cliniques et étiologiques. Société médicale de Paris, 25 novembre 1922.
- A. MATHIEU. — Formes de l'aérophagie. *Archives des maladies de l'appareil digestif*, juin 1897. — Traité des maladies de l'estomac et de l'intestin.
- MAUBAN. — L'aérophagie.
- MEUNIER. — La dyspepsie.
- MORANGE. — L'aérophagie chez les dyspeptiques. Thèse Paris 1902-03.
- NARBONI. — L'aérophagie bloquée. Thèse Paris, 1921.
- RAMOND. — Les spasmes du pylore. *Presse Médicale*, 5 mai 1920.
- SALLES. — Contribution à l'étude des sténoses spasmodiques du pylore. Thèse Paris, 1910.
- SÉE et MATHIEU. — De la dilatation atonique de l'estomac.
- SOUPAULT. — Traité des maladies de l'estomac.
- VAUTHEY. — Les gaz de l'estomac. Thèse Lyon, 1896-97.
- VERHOOGEN. — Tympanisme et météorisme hystérique. *Mercredi médical*, 2 octobre 1895.
-